ŻYCIE MŁODYCH

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY
OPIECE NAD MACIERZYŃSTWEM,
DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ.

ROK VIII/II — 1939 NR 1.
STYCZEŃ

WYDAWCA: POLSKI KOMITET OPIEKI NAD DZIECKIEM

„ŻYCIE MŁODYCH"

Wychodzi co miesiąc.

Prenumerata wynosi zł 10.— rocznie.

Redakcja i Administracja w Warszawie:

Litewska 16, Telefon 9-41-00.

Konto w P. K. O. Nr. 11.332.

Redaktor odpowiedzialny: **Edward Hryniewicz.**

Wydawca: POLSKI KOMITET OPIEKI NAD DZIECKIEM

w osobie **STANISŁAWA WESTERA.**

Autorzy artykułów oryginalnych dostają 25 odbitek bezpłatnie.

Zalecone przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego do bibliotek nauczycielskich, pismem Nr II Pr-16170/38 z dn. 15 lipca 1938 r.

SPIS RZECZY:

SOMMAIRE:

Druk. M. Gołaszewski i Syn, Warszawa, Czerniakowska 131

Dr Jan Danielski

Ochrona zdrowia dzieci i młodzieży. *)

Zdrowie dziecka jako dobro społeczne i państwowe

Wiek XX, poza innymi określeniami, słusznie nazwano też „wiekiem dziecka". Zagadnienia opieki nad dzieckiem i ochrony jego zdrowia wysunęły się obecnie na jedno z naczelnych miejsc. We wszystkich krajach podejmowane są próby ustalenia potrzeb w tym zakresie i sposobów ich zaspokojenia. Czynione są znaczne wysiłki również w dziedzinie konkretnej pomocy dzieciom i młodzieży.

Ochrona zdrowia i życia dziecka jest zagadnieniem wielkiej wagi społecznej. Zainteresowana w nim jest ludzkość chcąca przedłużyć swoje fizyczne istnienie. Zainteresowane jest społeczeństwo, gdyż dziecko jest cementem spajającym rodzinę. Dalej jest to sprawa pierwszorzędnego znaczenia z punktu widzenia państwa, jako najwyższego wyrazu zorganizowanego życia społecznego. A więc przede wszystkim sprawa jego dynamiki rozwojowej.

Świadomi jesteśmy znaczenia polityki populacyjnej w każdym państwie i zrozumiałe są obecne troski większości państw z powodu znacznego spadku przyrostu ludności, a nawet, jak we Francji z powodu stopniowego wyludniania się. Również dla gospodarki państwowej uznane zostało znaczenie zdrowego młodego pokolenia, jako najbardziej istotnego potencjału energii twórczej i pracy.

---

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Działaczy Społecznych Województwa Lubelskiego w dniu 4/XII 1938 r. przez Naczelnika Wydziału pracy, opieki i zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie.

Zdrowie przeto dziecka winniśmy uważać za dobro zbiorowe, cenne dla społeczeństwa i państwa. W obronie tego dobra każda zbiorowość winna zespolić wszystkie swe środki i siły.

Najważniejsze potrzeby

Opieka zdrowotna nad dzieckiem rozpocząć się winna jeszcze przed jego urodzeniem, w łonie jego matki. Trwanie jej sięgać powinno do ukończenia conajmniej 18 lat życia. Przede wszystkim ważnym warunkiem zdrowia dziecka jest zdrowie jego rodziców. Kwestia ta jest bardzo często lekceważona i zapominana. Przynajmniej sprawy eugeniki i dziedziczności powinny być uświadomione sobie przez starsze pokolenie. Winny one być ponadto ustawowo unormowane. Zwłaszcza co do niektórych stanów chorobowych jak np. choroby umysłowe, kiła, gruźlica itd. Wprowadzenie obowiązkowych badań przedślubnych uważam za konieczne. Konieczną też jest systematyczna opieka nad zdrowiem kobiety ciężarnej.

Dalszym etapem opieki zdrowotnej jest odpowiednia fachowa pomoc położnicza przy porodzie i w okresie połogu.

W okresie niemowlęctwa — specjalnie ważną rolę odgrywa racjonalne karmienie dziecka — przede wszystkim piersią matki. Sztuczne karmienie dopuszczalne jest tylko pod kontrolą lekarską. Poza tym niemowlę musimy w tym okresie uodpornić przeciwko niektórym chorobom zakaźnym jak np. przeciwko ospie. Obecnie również stosowane jest uodpornianie niemowląt w pierwszych dniach życia przeciw gruźlicy szczepionką Calmette'a.

W okresie wczesnego dzieciństwa i w wieku przedszkolnym zdrowie dziecka jest zagrożone chorobami rozwojowymi — zwłaszcza na tle krzywicy — a także chorobami zakaźnymi (płonica, błonica, krztusiec, ospa wietrzna, odra i inne). Wiek ten najczęściej bywa zaniedbywany pod względem opieki lekarskiej, co później mści się bardzo na zdrowiu dzieci. Poza nadzorem lekarskim i szczepieniami ochronnymi, warunki higienicznego żywienia i mieszkania dzieci mają w tym okresie wielkie znaczenie.

W wieku szkolnym — dzieci podlegają często chorobom zakaźnym i tak zwanym chorobom społecznym (jak gruźlicy, jaglicy). Częstym zjawiskiem są też choroby nerwowe,

a nawet objawy psychopatyczne, zwłaszcza w związku z okresem dojrzewania płciowego. Powszechnie też są notowane u dzieci szkolnych: próchnica zębów i wady wzroku. Wiek ten wymaga więc jaknajbardziej systematycznej i gruntownej kontroli lekarskiej, a także odpowiednich warunków higienicznych w domu i szkole obok szczepień ochronnych. Specjalnej opieki potrzebują dzieci upośledzone i anormalne pod względem fizycznym lub umysłowym. Opieka ta winna być sprawowana w specjalnych szkołach, względnie zakładach wychowawczych.

Z chorób wieku młodocianego na największą uwagę zasługuje gruźlica, choroby weneryczne i nerwowe. Poza opieką lekarską, odpowiednie wychowanie fizyczne należy do bardzo ważnych warunków pielęgnacji zdrowia. Praca młodocianych i jej warunki higieniczne stanowią również ważne zagadnienia, wymagające ustawowego unormowania i fachowej opieki.

Organizacja ochrony zdrowia dzieci i młodzieży

Jak zaznaczyłem uprzednio sprawy zdrowia młodego pokolenia stanowią obecnie poważną troskę we wszystkich kulturalnych krajach. W niektórych z nich wysuwają się one na naczelne miejsca wsród zagadnień państwowych (zwł. w Stanach Zjednoczonych Am. Północnej, Italii i krajach skandynawskich). Sprawy te są również rozważane na terenie międzynarodowym przez różne instytucje, jak poszczególne Komisje Ligi Narodów, Czerwonego Krzyża, Fundacji Rockefellera i in. W 1920 r. założony został w Genewie „Międzynarodowy Związek Pomocy Dzieciom". W słynnej genewskiej deklaracji praw dziecka, 3 pierwsze punkty tej deklaracji dotyczą głównie ochrony zdrowia dziecka.

W Polsce opieka zdrowotna nad dziećmi opiera się na ogólnych podstawach zasadniczej ustawy sanitarnej z 1919 r. i ustawy o opiece społecznej z 1923 r. oraz na poszczególnych rozporządzeniach władz państwowych. Szeroko zakrojona akcja społeczna nieraz rozszerza te podstawy. Dla wszechstronnej jednak i celowej organizacji ochrony zdrowia dzieci i młodzieży konieczne jest jeszcze stworzenie szerszych podstaw ustawodawczych. Przede wszystkim przez wydanie ustawy o ochronie macierzyństwa, dzieci i młodzieży,

a także ustawy o publicznej służbie zdrowia. Poza tym są niektóre ustawy specjalne, jak o zwalczaniu gruźlicy, chorób wenerycznych, nierządu, nowelizacji ustawy o zwalczaniu alkoholizmu i t. d.

Srawowanie opieki zdrowotnej nad dzieckiem w Polsce spoczywa głównie na samorządzie terytorialnym. On bowiem przede wszystkim jest zobowiązany do ustawowych świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych w tym zakresie. Wydatne zainteresowanie okazują też czynniki państwowe, a poza tym fundacje, ubezpieczalnie społeczne i organizacje społeczne.

Znaczną trudnością w organizacji opieki zdrowotnej nad dzieckiem i matką u nas, zwłaszcza na terenach prowincjonalnych, jest brak dostatecznej ilości lekarzy, pielęgniarek społecznych i położnych w osadach i gminach wiejskich. — Z tych powodów pomoc lekarska i położnicza na wsi jest jeszcze niedostateczną.

W dziale opieki zdrowotnej nad niemowlętami i dziećmi w wieku przedszkolnym w Polsce prace posunęły się znacznie naprzód, co wpłynęło na zmniejszenie umieralności dzieci.

Podana niżej tablica przedstawia ruch ludności w Polsce od 1921 do 1937 r.*)

Lata	Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny	Zgony niemowląt do 1 roku na 100 żywych urodzeń
	na 1000 mieszkańców			
1921	32,8	20,9	11,9	—
1926	33,1	17,8	15,3	—
1932	28,8	15,0	13,8	14,4
1937	24,9	14,0	10,9	13,6

Należy jednak stwierdzić, że dotychczas jeszcze umieralność niemowląt w Polsce jest stosunkowo znaczna i wyższa niż w większości krajów Europy zachodniej, oraz w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej (od 6 — 9 na 100 urodzeń).

Opieka lekarska nad niemowlętami i dziećmi w wieku przedszkolnym wykonywana jest

*) Mały Rocznik Statystyczny z 1938 roku.

głównie przez stacje opieki nad matką i dzieckiem, czynne przeważnie przy terenowych samorządowych ośrodkach zdrowia. W 1937 r. zarejestrowanych w Polsce było 554 stacyj opieki nad matką i dzieckiem.

Poza tym opiekę higieniczną nad dzieckiem w wieku przedszkolnym sprawują żłobki stałe i dzienne, jak również przedszkola i dziecińce, których sieć coraz się zagęszcza. Dążą one do ustalenia dla swych wychowanków systematycznej opieki lekarskiej.

Dla dzieci w wieku szkolnym organizowana jest opieka lekarska przez Ośrodki zdrowia, zaś w większych miastach również przez lekarzy szkolnych.

O ile szkoły średnie mają tę opiekę stosunkowo dostatecznie zorganizowaną, o tyle dzieci szkół powszechnych jeszcze w dużym stopniu pozbawione są stałej opieki lekarskiej. Pomimo że akcja w tym kierunku w ostatnich latach rozszerza się znacznie. Najgorzej przedstawia się sprawa pomocy dentystycznej dla dzieci i młodzieży szkolnej. Podkreślić należy wpływ szkoły na szerzenie zasad higieny i na podniesienie obyczajów higienicznych życia nie tylko młodzieży lecz i starszego pokolenia. Zwłaszcza w warunkach wiejskich, szkoła oddaje pod tym względem olbrzymie usługi. Poza pracą lekarzy i pielęgniarek ważne znaczenie ma współpraca nauczycielstwa i samej młodzieży szkolnej przez jej organizacje, zwłaszcza przez Koła Młodzieży P. C. K. i harcerstwo. Dożywianie dzieci szkolnych a także organizacja kolonij i półkolonij letnich również odgrywa niepośrednią rolę w tej ogólnej akcji zdrowotnej.

Opieka higieniczno-lekarska nad młodocianymi wymaga jeszcze odpowiedniej organizacji. Przede wszystkim w zakresie chorób społecznych. W dziedzinie nadzoru nad rozwojem fizycznym młodzieży, wymienić należy przychodnie sportowe i wydatną działalność P. W. jak również niektórych innych organizacyj młodzieżowych. Ochronę pracy młodocianych reguluje ustawa z 1924 r. o pracy kobiet i młodocianych, ogranicza rodzaj i czas pracy młodocianych w niektórych przemysłach.

Zakładowa opieka lekarska nad dziećmi

i młodzieżą prowadzona jest w szpitalach, sanatoriach i prewentoriach, a także w ogólnych zakładach opiekuńczych. Stwierdzić tu należy niedostateczną ilość łóżek szpitalnych dla dzieci w Polsce. Mianowicie mamy ich tylko 4220 na ogólną liczbę łóżek szpitalnych 72.247 (w 1937 r.) Za mało jest sanatoriów i prewentoriów dla dzieci, chociaż w ostatnim dziesięcioleciu przybyło szereg wielkich zakładów tego typu. Naprzykład sanatorium Uniwersytetu Jagiellońskiego w Zakopanem, Sanatorium w Istebnej i inne. Z ważniejszych zakładów specjalnych, leczniczo - wychowawczych dla dzieci wymienić należy również zakład dla dzieci jagliczych w Witkowicach i dla dzieci ociemniałych w Laskach.

Rozpoczętą też została organizacja szkół specjalnych dla dzieci. Zwłaszcza dla dzieci umysłowo niedorozwiniętych i dla dzieci zagrożonych gruźlicą (szkoły leśne, górskie, szkoły na otwartym powietrzu).

Ważną rolę w zakresie ciągłości i koordynacji prac opiekuńczych odgrywają terenowe Komitety Pomocy Dzieciom i Młodzieży. Zwłaszcza w odniesieniu do akcji kolonijnej, dożywiania, tranowej i innych, łączących się z opieką zdrowotną.

Akcja ochrony zdrowia dziecka na terenach wiejskich łączy się ściśle z rozwojem życia gospodarczego i kulturalnego Sprawy higieny życia codziennego, warunków mieszkaniowych, odżywiania, odpowiednich lokali szkolnych, higieny pracy — mają tu niezmiernie ważne znaczenie i muszą być regulowane równocześnie z zabezpieczeniem opieki zdrowotnej. Intensywne współdziałanie w akcji ochrony zdrowia dzieci wiejskich okazują organizacje społeczne: Polski Czerwony Krzyż, Organizacja Kół Gospodyń Wiejskich i organizacje młodzieżowe. Urządzanie konkursów zdrowia, kursów higieny i gospodarstwa domowego i t. p. przyczyniają się wydatnie do uświadomienia zagadnień racjonalnej ochrony zdrowia dziecka na wsi.

Stan ochrony zdrowia dzieci w województwie Lubelskim

Co do organizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w województwie lubelskim, pragnę poruszyć tylko parę ważniejszych momentów.

Przyrost naturalny ludności w województwie lubelskim

wyższy jest w porównaniu z przeciętnym przyrostem w całej Polsce (w 1937 r.—15 na 1000 mieszkańców, w całej Polsce—10.9), zaś umieralność niemowląt niższa (w woj. lubelskim w 1937 r. — 9.8 na 100 urodzeń, w całej Polsce 13.6). Trudno jest stąd naturalnie wyciągnąć wnioski o lepszym stanie zdrowotności niemowląt i ludności w ogóle. Jednak istnieje możliwość pewnej większej odporności i żywotności mieszkańców terenów lubelszczyzny, przeważnie żyznych i posiadających stosunkowo sprzyjające warunki hydrologiczne i klimatyczne.

Liczba lekarzy i położnych na terenach wiejskich w województwie jest niedostateczna. 1 lekarz przypada na 17.645 mieszkańców osad i gmin wiejskich, zaś 1 położna na 10.189 mieszkańców.

W zakresie udostępnienia ludności opieki lekarskiej utworzonych zostało w województwie lubelskim w ostatnich 5—6 latach 67 ośrodków zdrowia. Są to przeważnie ośrodki samorządowe ze stacjami opieki nad matką i dzieckiem. Z tej liczby 47 ośrodków znajduje się na terenach osad i gmin wiejskich. W Stacjach opieki było pod opieką w 1937/38 r. 12.438 dzieci, którym udzielono 22.601 porad lekarskich i 14.191 wywiadów domowych. Poza tym rozdanych było 364.097 litrów mleka i mieszanek mlecznych oraz 7.645 litrów tranu. Dokonano też 10892 naświetlań lampą kwarcową i prowadzono szeroką akcję propagandową w dziedzinie pielęgnowania zdrowia dziecka i matki.

Ośrodki zdrowia na terenie województwa lubelskiego zorganizowały poza tym systematyczną opiekę higieniczno-lekarską nad dziećmi szkół powszechnych. Opiekę tą wykonują lekarze i pielęgniarki społeczne. W 1937/38 r. stałą opieką lekarską było objętych 252.000 dzieci szkół powszechnych. Pomoc dentystyczna dla szkół powszechnych, została dopiero zapoczątkowana w kilku ośrodkach zdrowia.

Ośrodki zdrowia (stacje opieki) rozszerzają obecnie swą działalność przez objęcie nadzoru higieniczno-lekarskiego nad dziećmi w zakładach opiekuńczych, w instytucjach opieki częściowej i w rodzinach zastępczych.

Niezmiernie ważne znaczenie dla ochrony zdrowia dzieci w lubelszczyźnie, miał rozwój sieci ognisk i sezonowych dziecińców wiejskich (w 1938 r. było 160 ognisk i dziecińców, w których otoczono opieką 5196 dzieci).

Akcja dożywiania i kolonijna szeroko jest prowadzona przez organizacje społeczne, zespolone obecnie w Powiatowych (Miejskich) Komitetach Pomocy Dzieciom i Młodzieży. W 1937/38 dożywiano w okresie zimowym do 40.000 dzieci miesięcznie, a w 1938 r. z kolonij i półkolonij korzystało około 12.000 dzieci.

Stan ilościowy łóżek szpitalnych dla dzieci w województwie lubelskim jest niewystarczający. Mianowicie jest zaledwie 211 łóżek dla dzieci, poza łóżkami, zajętymi przez dzieci na oddziałach ogólnych, na ogólną liczbę 2750 łóżek w szpitalach. Dążeniem władz jest tworzenie oddziałów dziecięcych przy każdym większym szpitalu powiatowym. Z zakładów specjalnych dla dzieci w ostatnich latach uruchomione zostało przez T-wo „Opieka" prewentorium dla dzieci zagrożonych gruźlicą w Krasnobrodzie. Poza tym utworzony został oddział dla dzieci psychicznie chorych przy szpitalu psychiatrycznym w Chełmie Lubelskim. Opieka higieniczno-lekarska nad dziećmi na terenach wiejskich w lubelszczyźnie rozwija się coraz szerzej dzięki działalności rejonowych (wiejskich) ośrodków zdrowia, a także dzięki wydatnemu współdziałaniu szkół i organizacyj społecznych wiejskich w ogólnej akcji higienicznej.

Wnioski

W reasumpcji powyższych rozważań i danych w zakresie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą nasuwają się następujące wnioski:

1) Sprawa ochrony zdrowia dzieci i młodzieży jako zagadnienie o wybitnym znaczeniu państwowym, powinna uzyskać odpowiednie podstawy ustawodawcze i możliwości finansowe w oparciu o samorządy terytorialne przy współdziałaniu ubezpieczalń społecznych i organizacyj społecznych.

2) Koniecznym warunkiem racjonalnej organizacji ochrony zdrowia dzieci i młodzieży powinna być jej planowość, powszechność i ciągłość, zacząwszy od opieki nad matką i noworodkiem, poprzez wiek przedszkolny i szkolny, aż do okresu dojrzałości. Opiekę tę sprawować winny przede wszystkim stacje opieki nad matką i dzieckiem przy ośrodkach zdrowia, a także od-

działy szpitalne dla dzieci i zakłady specjalne. Ważnym czynnikiem współdziałającym są organizacje społeczne.

3) Ścisła koordynacja działalności zdrowotnej i opieki społecznej niezbędna jest dla ujęcia całokształtu spraw ochrony zdrowia dzieci i młodzieży.

4) Niezbędne jest zwiększenie ilości lekarzy, pielęgniarek społecznych i położnych na terenach wiejskich, a także tworzenie oddziałów dziecięcych przy szpitalach prowincjonalnych.

5) Specjalna uwaga winna być zwrócona na ochronę zdrowia dziecka w środowiskach rodzin ubogich, a także w rodzinach robotniczych i na wsi, gdzie potrzeby zdrowotne są największe.

Sprawy zdrowia dziecka w Polsce winny zjednoczyć wszystkie czynniki publiczne i społeczne dla ochrony tego największego bogactwa kraju.

Dr Jan Zienkiewicz

Zakład Leczniczo - Wychowawczy Rodziny Kolejowej im. Al. Piłsudskiej w Rabce—Zdroju

W latach ostatnich troska o zdrowie młodego pokolenia coraz większe znajduje zrozumienie wśród szerokich warstw społeczeństwa jak i czynników publicznych. Dowodzi tego chociażby fakt powstawania coraz większych ilości kolonii i półkolonii dziecięcych itp. instytucji zapewniających dzieciom możność opuszczenia swoich nieraz bardzo nieodpowiednich, wilgotnych i ciemnych mieszkań na okres 4—6 tygodni i spędzenia tego czasu w dobrych warunkach higienicznych i klimatyczno-dietetycznych. To też mając na względzie warunki życia dzieci kolejarzy Okręg Krakowski Rodziny Kolejowej, a w pierwszym rzędzie prezes Dyrekcji a obecny Wiceminister inż. Aleksander Bobkowski, rozpoczęli starania nad stworzeniem możliwości zapewnienia im korzystania z dobrodziejstw klimatu rabczańskiego.

* * *

Bardzo szczęśliwy był wybór Rabki, która jako zdrojowisko solankowe - jodowe i jako stacja klimatyczna położona na wysokości 520—560 metrów nad poziomem morza, należy do rzędu zdrojowisk łączących oba wyżej wspomniane czynniki. Znaną ona jest ze swoich dobrodziejstw leczniczych już od roku 1234 kiedy to Teodor herbu Gryf, wojewoda krakowski nadał Rabkę klasztorowi Cystersów w Szczyżycu. Darowiznę tę potwierdził Bolesław Wstydliwy przywilejem z roku 1254. W roku 1721 Jezuita Gabriel Rzeczyński nazywa zdrojowisko pod Rabką w miejscowości „Słońce" wodami lekarskimi.

W roku 1857 Skobel zbadał źródło za inicjatywą Dietla i wydał ocenę, że są to wody słono - jodowo - żelaziste i stwierdził, że tak na podstawie jego badań jak i na podstawie spostrzeżeń ludu rabczańskiego wody te zaliczyć należy do wód lekarskich. Wówczas dopiero władze austriackie, po uprzednim potwierdzeniu wspomnianych wyżej badań przez Wiedeńską Akademię, zatwierdziły Rabkę jako zdrojowisko. W roku 1864 właściciel ówczesnej Rabki Juliusz Zubrzycki otworzył zakład kąpielowy. Właściwy jednak rozwój Rabki rozpoczął się od roku 1895, kiedy to zdroje rabczańskie przeszły w ręce lekarza balneologa Kazimierza Kadena.

Rabka w chwili obecnej posiada 11 źródeł wody mineralnej, której skład chemiczny (wg danych Lewickiego, Praschila i Orłowicza cyt. Orłowski jest następujący:

Składniki na 1000 g wody	Zdrój Marii	Zdrój Rafaeli	Zdrój Krakowski	Zdrój Kazimierza
Chlorek potasu	0.1301	0.0871	0.0949	0.2856
„ sodu	22.8654	22.9583	22.9842	11.5808
Jodek sodowy	0.0456	0.0459	0.0379	0.0109
Bromek sodowy . . .	0 0788	0.730	0.586	0.0286
Boran sodowy	ślad	ślad	ślad	0.1766
Dwuwęglan sodowy . .	1.1362	1.1047	1.2542	0.6265
Węglan litu	0.0253	0,0276	0.0260	0.0836
„ wapniowy . . .	0.4022	0.4867	0.4541	0.0836
„ magnesowy . .	0.1292	0.2836	0.2565	0.2043
„ barowy	0.0059	0.0060	0.061	—
„ strontowy . . .	—	—	—	0.0038
„ manganowy . .	0.0012	0.0011	0.0011	0.0023
„ żelazowy . . .	0.0032	0.0044	0.0031	0.0009
Siarczan potasowy . .	0.0293	0.0801	0.757	0.0214
Kwas krzemowy . . .	0.0263	0.0225	0.0237	0.0096
Składniki stałe zespolone	24.8759	24.6587	24.6587	12.8959
Ciężar gatunkowy . . .	1.01877	1.01880	1.01949	1.00992

Na podstawie powyższych badań źródła rabczańskie są uważane za zimne i proste hipertoniczne - solanki jodowo-bromowe.

Pod względem zawartości jodu należą one do najsilniejszych w Polsce. Dzięki temu, że Rabka jest otwarta od południa posiada ona dużą ilość godzin nasłonecznienia. Największą ilość dni słonecznych ma ona latem i jesienią, najmniej wiosną, zima pod tym względem jest znacznie korzystniejsza niż wiosna. Według miejscowych danych meteorologicznych dni słonecznych w Rabce było:

W roku	Dni słonecznych	Godzin nasłonecznienia	Uwagi
1935	296	1.705.3	Dane Instytutu meteorologicznego w Rabce.
1936	—	1.492.5	
1937	—	1.557.7	
1938	8 mies.	1.246.6	

Davos:

1.540 m. n. p. m. rok 1886 — 1900 1788.7 (wg Nowickiego)

Zakopane:

900 m. n. p. m. 1935 1.792 (Trybowski)

Wegług Orłowskiego w żadnym ze zdrojowisk nie posiada klimat tylu pierwszorzędnych wartości co klimat rabczański i nie odgrywa on w leczeniu chorych tak znacznej roli jak w Rabce. Z tego też względu zalicza on Rabkę do rzędu zdrojowisk działających wprost swoiście na niektóre sprawy chorobowe, szczególnie w wieku dziecięcym.

* * *

W skład Zakładu wchodzą: budynek obserwacyjny, izolacyjny, budynek główny i gospodarczy.

Oddział obserwacyjny umieszczony jest w nabytym początkowo budynku, który po dokonaniu odpowiednich przeróbek oddano do użytku. Mieści on 40 — 45 dzieci, które przebywają w nim 3 i więcej tygodni (fot. 1). Budynek ten składa się z parteru gdzie umieszczone jest biuro oddzielone od ca-

łości z osobnym wejściem od ulicy, sala jadalna, rekreacyjna, zmywaki, kuchnia do podgrzewania, szatnia na wierzchnie ubrania i buty dziecięce, magazyn brudnej bielizny dziecięcej i oddziałowej i kotłownia.

Na I i II piętrze w 11 pokoikach 4-osobowych rozmieszczone są dzieci, 2 pokoje zamienione są na izolatki, 1 pokój lekarski, 1 mieszkanie wychowawczyni i higienistki obsługującej oddział i 1 — szafy na ubranie i bieliznę dziecięcą, łazienka, prysznice i ubikacje. Rozmieszczenie dzieci w małych pokoikach daje więcej możliwości do opanowania chorób zakaźnych.



1. Oddział obserwacyjny i kryta leżalnia.

Na poddaszu umieszczone są mieszkania personelu niższego oddziału. Oddział posiada swoje osobne boisko i leżalnię otwartą i krytą w specjalnej dobudówce, która w okresie letnim zamieniona jest na salę rekreacyjną. Od całości oddzielony jest wysoką skarpą i trawnikami.

Dzieci podejrzane o jakąś chorobę zakaźną umieszczone są na oddziale izolacyjnym, zbudowanym specjalnie na ten cel na najwyższej kondygnacji terenu, otoczony nowozałożonym ogródkiem i trawnikami. Oddział ten obliczony jest na 4 — 6 dzieci, składa się z 2 pokoi dziecięcych, pokoju dla pielęgniarki, kuchni do podgrzewania, zmywaku i kamery dezynfekcyjnej. Każdy pokój dziecięcy ma osobne wejście oddzielone od podwórza oszklonym przedsionkiem, posiada osobną łazienkę i ubikację — połączone są korytarzem do którego wychodzą drzwi z pokoju pielęgniarki. Od całości korytarza pokój oddzielony jest oszklonym przedsionkiem, w którym umieszczona jest umywalka oraz fartuchy lekarskie i pielęg-

niarskie. Do pokoju pielęgniarki przylega również osobna łazienka i ubikacja. Wejście do kuchni i pokoju pielęgniarki osobne, zmywak od strony korytarza.

W kabinie, na którą użyto część budynku izolacyjnego, poddawane są dezynfekcji rzeczy dziecięce zaraz po przyjściu na oddział obserwacyjny — i później w razie potrzeby np. w wypadku stwierdzenia wśród nich płonicy, przed przejściem na oddział główny, a po całkowitym wygaśnięciu infekcji. W miarę potrzeby poddawane są w tej samej kabinie dezynfekcji inne rzeczy jak materace, koce itd.

Dzieci, u których stwierdzono niewątpliwie chorobę zakaźną jak płonicę, odsyłane są do szpitala zakaźnego w Nowym Targu lub Krakowie — samochodem sanitarnym P. C. K.

Oddział główny obliczony jest na 120 dzieci, mieści się w dużym 3 piętrowym budynku frontem wystawionym na południe (fot. 2). W przyziemiu budynku mieszczą się łazienki



2. Budynek oddziału głównego.

solankowe i higieniczne (16 wanien) natryski, wziewalnie (do wziewań indywidualnych i zbiorowych), umieszczony tam jest też aparat do gimnastyki płuc tj. „Unterdruck-apparat”, gabinet dentystyczny z pneumatycznym fotelem, skanalizowaną spluwaczką i przyrządem do spłukiwań i napełnień szklanki, wiertarka o napędzie elektrycznym — niezbędne szafki i na-

rzędzia. Gabinet Roentgena z lampą do prześwietleń i fotografii kostnych, płuc i innych z przysłoną (Buki) wmontowaną w stół. Mieści się tam poza tym pracownia chemiczno-bakteriologiczna wyposażona w niezbędne aparaty tak do badań klinicznych jak i naukowych. Pokój opatrunkowy do pomiarów i wagi. Gabinet do fizykoterapii i gimnastyki ortopedycznej, wyposażony w lampę sollux, pantostat, aparat do naświetlań i nagrzewań krótkofalowych z lampą kadmową, Solarium z 4 lampami kwarcowymi i 4 polysonami.

Na parterze w 4 dużych salach (fot. 3) przyległych do przestronnego korytarza mieści się szkoła (O programie 7 klas szkoły powszechnej). 2 sale przedzielone są pokojami dla nauczycieli. Do korytarzy przylegają ubikacje i umywalnie. Sale szkolne umieszczone są na dwu skrzydłach. Środek parteru zajęty jest przez holl, szatnię dziecięcą do okrycia wierzchniego i butów, kancelarię podręczną Zakładu i pokój lekarski. I i II piętro zajęte jest w środkowej części przez dużą salę rekreacyjną, na skrzydłach obu pięter oddzielonych od całości oszklonymi drzwiami ulokowane są 8 sal sypialnych, obliczonych na 15 łóżek każda. Na każdym skrzydle znajdują się 2 sale przedzielone ze sobą pokojem lekarskim. Obie sale przylegają do dużego przestronnego korytarza z zapasowym bocznym wyjściem, które, w razie konieczności izolowania skrzydła, zostaje otwarte by dzieci mogły wychodzić boczną klatką schodową. W korytarzu znajdują się szafy dziecięce, umywalnie, ubikacje i 2 pokoje izolacyjne.



3. Sala szkolna.



4. Taras oszklony.

III piętro zajmuje sala rekreacyjna (fot. 4) gdzie dzieci leżakują w zimie i w słotne dnie w innych porach roku. Urządzona tam jest też kaplica, w której w święta i w nie-

dziele odprawiane są nabożeństwa. Dwa tarasy (fot. 5) otwarte, wystawione na południe, przeznaczone są również do leżakowania. W okresie zimniejszym leżakują dzieci w workach kożuchowych. Tarasy połączone są też z boczną klatką schodową, co pozwala w razie konieczności izolacji skrzydła, na użycie jednej części tarasu dla dzieci izolowanych. Od strony północnej w tylnej kondygnacji umieszczone są: sala jadalna, kredens, kuchnia parowa ze zmywakami, pralnia, mieszkania personelu, kotłownia i magazyny prowiantowe, sprzętowe i opałowe, chłodnia.



5. Taras otwarty bud. głównego.

Zakład rozłożony jest na dość dużej przestrzeni. Pozakładano więc zieleńce i ogródki, urządzono, poza boiskiem dla oddziału obserwacyjnego, 2 boiska dla dzieci oddziału głównego. Spędzają tam dzieci czas przeznaczony na gry i zabawy. W okresie zimowym urządzane są ślizgawki.

Do zakładu skierowywane są dzieci z terenu całej Polski przez Dyrekcje Kolejowe P.K.P., Ministerstwo Komunikacji i Koleje Francusko - Polskie. Przyjmowane są dzieci w wieku 5—14 lat.

Przechodząc do omówienia wskazań podkreślić należy że według Orłowskiego Rabka dla dzieci stała się tym czym Zakopane dla dorosłych, z tą jednak przewagą, że oprócz walorów klimatycznych posiada ona jeszcze walory balneologiczne, czego brak w Zakopanem.

Według Cybulskiego jest kilka grup dzieci nadających się do leczenia w Rabce. Do pierwszej grupy zaliczyć trzeba dzieci z wszelkiego rodzaju cierpieniami konstytucjonalnymi jak niedorozwój fizyczny, krzywica, skaza wysiękowa, skaza

limfatyczna, niedokrwistość. Do drugiej zaliczają się ozdrowieńcy w ogóle, a w szczególności — po zapalnych sprawach chorobowych górnych dróg oddechowych, płuc, opłucnej, wysiękowych sprawach zapalnych, błon surowiczych i stawów. Do grupy trzeciej należą sprawy chorobowe związane z zaburzeniami w przemianie materii jak i w gruczołach dokrewnych, nerwice, stany porażeniowe i pourazowe. Najważniejszą jednak sprawą chorobową według Cybulskiego i inych dającą się skutecznie leczyć w Rabce, są wszelkie formy wczesnej infekcji gruźliczej u dzieci, a więc wszystkie okresy i formy zołzów, różne formy swoistych zmian w gruczołach obwodowych, stawach i kościach. Najwdzięczniejszą formą przy leczeniu w Rabce są schorzenia gruczołów wnękowych. Zwracano też uwagę ostatnio na dobre wyniki lecznicze uzyskiwane przy astmie oskrzelowej u dzieci przebywających w Rabce.

Jak więc widzimy zasięg wskazań do leczenia w Rabce jest duży. Jeżeli się jeszcze zważy że Zakład jest czynny stale, to stwierdzić wypadnie iż stworzenie tego Zakładu przyczyniło się wydatnie do podniesienia w przyszłości stanu zdrowotnego dzieci kolejarzy.

Na czele Zakładu stoi lekarz pediatra mając do pomocy 2 lekarzy z długoletnią praktyką pediatryczną. Praca lekarzy podzielona jest tak, że dyrektor poza kierownictwem Zakładu prowadzi oddział obserwacyjny, co daje mu możność w przeciągu 3-ch tygodni zapoznać się z dziećmi, które tylko dorywczo lub na obchodach później obserwuje i ma możność porównania ich stanu pierwotnego z późniejszym. Lekarze ordynatorzy prowadzą dzieci oddziału głównego. Prócz tego dyrektor pełni funkcje rentgenologa, wówczas gdy ordynatorzy odpowiedzialni są za prace reszty gabinetów lekarskich, pracowni i kuchni. Opiekę nad dziećmi pełnią wychowawczynie i pielęgniarki. Praca ich jest podzielona w ten sposób, że opieka wychowawcza należy wyłącznie do wychowawców—oni też dbają o porządek w szafkach dziecięcych, o organizowanie gier i zabaw, o odrabianie koniecznej pracy związanej z nauką w szkole i t. d. Pielęgniarki zaś pełnią dyżury nocne, odpowiadają za sprawne funkcjonowanie powierzonych sobie gabinetów lekarskich, opatrunki, opiekę nad dziećmi gorączkującymi w izolatkach i na salach, za stronę higieniczną Zakładu i dzieci — jak walka z pasożytami itp. Za nauczanie

dzieci odpowiedzialne są nauczycielki z kierowniczką szkoły na czele, która jest jednocześnie i kierowniczką wychowawców. Powierzenie tych dwu funkcji jednej osobie daje możność ściślejszej współpracy szkoły z wychowawcami i nie wnosi rozdźwięku, jaki może istnieć przy dwu osobach kierujących pokrewnymi dziedzinami, jakiemi są szkoła i wychowanie. Pracownię obsługuje osobna laborantka pod kontrolą ordynatora. Opiekę dentystyczną sprawuje lekarz dentysta odwiedzający 4 razy tygodniowo Zakład po 1 — 2 godzin; dzieci mają zęby usuwane i poddawane leczeniu. Pierwsze oględziny jamy ustnej wszystkich dzieci dokonywane są po ukończeniu okresu obserwacyjnego.

Wszystkie dziedziny życia Zakładu ujęte są w ramy regulaminu, co bardzo ułatwia pracę i kierowanie nią. Każdy z pracowników po przyjściu do Zakładu otrzymuje wyciąg z regulaminu do wiadomości, lub stosuje się do instrukcji wywieszonej w odpowiednim miejscu.

Poza wyżej wspomnianymi urządzeniami czysto lekarskimi Zakład posiada radio rozprowadzane z głównej kabiny do głośników przez wzmacniacz i osobny rozdzielnik na skrzydła, salę jadalną, salę rekreacyjną, boisko, leżalnię i sale szkolne. Zainstalowanie mikrofonu pozwala na wygłaszanie odpowiednich pogadanek lub podawanie niezbędnych wiadomości tą drogą. Prócz tego centrala i telefony wewnętrzne znacznie ułatwiają porozumienie się z poszczególnymi oddziałami lub nawet pracownikami. Sygnalizacja świetlna ułatwia orientowanie się dyżurnej pielęgniarki nocnej, w razie potrzeby, w jakim kierunku ma się udać. Z urządzeń gospodarczych na podkreślenie zasługuje parowa kuchnia, mechaniczna pralnia z wyżymaczką elektryczną, suszarnią parową i maglem o napędzie elektrycznym-podgrzewanym.

Kotłownia z dużymi zbiornikami do gorącej wody słodkiej i zbiornikami do podgrzewania solanki do kąpieli do 39° C. Zbiorniki do solanki mają wmontowane termoregulatory elektryczne, które pozwalają na przerywanie dopływu pary po osiągnięciu ciepłoty 39° C. Ogrzewanie centralne w budynku dwu rodzai (wodne i parowe) zabezpiecza przy ewentualnym zepsuciu któregoś urządzenia przed oziębieniem lokalu.

Widzimy więc, że praca jak i urządzenia rokują nadzieje, że zamierzenia twórców Zakładu zostaną osiągnięte.

Dr P. Winter

Dziecko w mieście *)

Obecna sytuacja

Dla dziecka nie ma miejsca w mieście dzisiejszym. Nic nie jest przystosowane do potrzeb jego ciała i ducha. Dzieli ono wraz z rodzicami niezdrowe, częstokroć niebezpieczne dlań mieszkanie (skutki: przerażająca śmiertelność wśród dzieci, patologia dziecięca, dzieci niedorozwinięte i t. p.). Nie ma miejsc dostosowanych do jego zabaw, wychowania, nauczania. Męcząca komunikacja, ciągłe przenoszenie się z miejsca na miejsce. Dziecko stało się męczennikiem, ofiarą niedostatku, często tyranii. Chowa się z trudem, kosztuje drogo. Jest to zagadnienie, którego nie można rozwiązać w mieście dzisiejszym. Zagadnienie ogromnej wagi, które stawia na kartę samo istnienie rodziny, które wyjaśnia szybką degenerację mieszkańca miasta (dwa pokolenia), jego braki psychiczne, niedorozwój i t. p.

Wszyscy zapewne studiowaliście projekty i budowaliście wzorowe żłobki i szkoły. Nie będę wnikał w techniczne szczegóły ich urządzenia. Chciałem tylko powiedzieć w jaki sposób wyobrażam sobie ich zespolenie z mieszkaniem, poddać myśl, która moim zdaniem powinna przewodzić w harmonizowaniu wszystkich usług społecznych, zmierzających do polepszenia życia dziecka i jego rodziców, pozwolić na uniknięcie stwarzania koszar i przesadnej kolektywizacji, tam, gdzie nie powinna ona mieć miejsca.

---

*) Wyjątek z przemówienia dr P. Wintera, lekarza paryskiego na Kongresie Nowoczesnej Architektury w czerwcu 1937 r. Na podstawie „Życia W. S. M".

Wskazania zasadnicze

Dla ustalenia planów, wystarczy oprzeć się na naturalnych prawach życia dziecka i starać się stworzyć najkorzystniejsze warunki dla jego pełnego rozwoju, zarówno pod względem zdrowia, jak i wychowania ogólnego i wykształcenia. Nie wolno też zapominać, że pierwszy okres życia jest jeszcze bardzo silnie związany z domem rodzinnym. Instytucje, które należy powołać do życia, winny być dopełnieniem domu rodzinnego i pozostawać z nim w stałym porozumieniu. Będą one miały przede wszystkim na celu ułatwienie zadania rodziców, równie dobrze w zakresie podstawowej higieny, jak w wychowaniu i rozrywkach. Powtarzamy raz jeszcze. Będą one musiały dać wszelkie korzyści organizacji kolektywnej, nie naruszając pełnej swobody rodzin.

W tym okresie życia należy przede wszystkim wytworzyć pełną równowagę pomiędzy fizjologią i psychiką. Należy zapewnić dziecku środowisko odpowiednie „do jego skali" i korzystne dla jego zdrowia i radości. Punkt zasadniczy dla tego okresu życia: wychowanie fizyczne i wychowanie charakteru odbywa się jednocześnie. Nie oddziela się zabawy od nauczania.

Dopiero po wyjściu z okresu dzieciństwa, po ukończeniu mniej więcej 12 roku życia (wkraczamy tu w okres „młodości"), wyjdą na jaw właściwości bardziej określone, zależne od temperamentu i osobowości jednostki. Wówczas dopiero początki przygotowania do pracy spowodują powstanie pierwszych zainteresowań specjalnych, które oddalą dziecko od rodziny.

Ekwipunek życia dziecka musi być przewidziany w samym mieszkaniu i w jego najbliższym otoczeniu. Nie trudno jest określić pomieszczenia, które należy zapewnić dla dziecka w jednostce sąsiedzkiej (6.000 mieszkańców w mieście promiennym, stanowi „jednostkę sąsiedzką). Skoncentrowanie ludności, budowa wzwyż, umożliwiają urządzenie tych niezbędnych dopełnień (właściwego mieszkania), podczas gdy rozrzucone organizmy miejskie, zmuszają nieomal do całkowitego wyrzeczenia się tych urządzeń.

Schemat urządzeń potrzebnych dla dziecka w „mieszkaniu"

Przed przyjściem na świat dziecka porady dla matki, w okresie ciąży, wiadomości z zakresu eugeniki, higieny niemowlęcia, higieny życia. Przewidzieć swojego ro-

dzaju poradnię rodzinną gdzie lekarz i opiekunki społeczne przygotowują przyjście na świat dziecka (lokal dla porad i kursów praktycznych wystarczy).

Urodzenie, macierzyństwo. Jednostka sąsiedzka, zamieszkała przez 6.000 mieszkańców, może doskonale pozwolić sobie na macierzyństwo w specjalnie urządzonych pokojach, gdzie wszystkie nieskomplikowane połogi będą się mogły odbywać w doskonałych pod względem higieny i wyposażenia warunkach. Nie będzie potrzeby rodzić w mieszkaniu (indywidualnym). Matki zresztą będą miały prawo wyboru.

Po urodzeniu: Dziecko musi znaleźć przygotowane dla niego miejsce w mieszkaniu i w pobliżu mieszkania (gdzie matka będzie je mogła zobaczyć w każdej chwili).

Okres niemowlęctwa: (2 pierwsze lata). Należy założyć żłobki dla grup mieszkań, stosownie do statystyki urodzeń, pamiętając, że powinny się one znajdować zawsze w pobliżu mieszkań rodzin. Na życzenie będzie mogła tam przebywać w pewnych godzinach osoba karmiąca. Matka będzie zawsze miała możność karmić sama. Należy uwzględnić urządzenia zimowe i letnie, powietrze, światło, wilgotność powietrza. Stworzyć warunki możliwie jak największego bezpośredniego zetknięcia z przyrodą.

Od 2 do 6 roku życia: Dziecko chodzi i bawi się: przedszkole, opieka nad dzieckiem, przestrzeń do zabaw (przewidzieć urządzenia na zimę i na lato).

W tym okresie zabawa wypoczynkowa i wychowawcza. Dziecięca kultura fizyczna. Można już prowadzić początkowe nauczanie (naprzykład metoda Montessori).

Od 6 do 12 roku życia: Pół dnia nauczania. Odpowiednie pomieszczenia dla nauki. Możliwie jak najmniej książek (nauczać — przeprowadzając już selekcję dzieci). Unikać przykuwania dzieci do ławek w ciągu następujących po sobie godzin. Rzeczywiste przedmioty, lekka prawdziwa praca, kino, warsztaty robót ręcznych itp.

Szkoła na wolnym powietrzu, godziny lekcyjne na słońcu.

Pół dnia odpoczynku: Kultura fizyczna, zabawy odmienne od zabaw okresu poprzedniego. Na sport jeszcze zawcześnie. Ekwipunek przewidziany dla dorosłych, w pewnych godzinach, może już służyć dzieciom.

Wszystkie pomieszczenia szkolne muszą być niedaleko mieszkania. Mogą być bardziej oddalone niż poprzednie (żłobki, przedszkola).

Uwagi:

1. Opieka lekarska nad wszystkimi trzema okresami, książeczka zdrowia, okresowe badania, porady specjalistów stałe lub dorywcze. Stała współpraca lekarza i wychowawcy z rodziną (pomieszczenia dla tego celu).

2. Rozumne uzgodnienie tego trybu życia, z korzystaniem z urządzeń oddalonych (pływalnie, stadiony, duże przestrzenie), lub zamiejskich (uzdrowiska, strefy wczasów tygodniowych, miejscowości wakacyjne) oraz z innymi urządzeniami dla młodzieży i dorosłych.

3. Nie zapominać, że wszystkie te placówki: wychowania, nauczania i wczasów dziecka, nie mogą go separować ani oddalać od ogniska domowego, lecz pozostawać w porozumieniu z rodziną i służyć jej.

Wnioski

Wykazaliście, że wszystkie plany opracowane przez członków C. I. A. M. (nowoczesnych architektów) plany „funkcjonalne i biologiczne", przynoszące bezprzeczne polepszenie bytu człowieka, są technicznie zupełnie możliwe do zrealizowania.

Trzeba zwyciężyć dwie przeszkody, które sprzeciwiają się rzuceniu ich jasnych form na krajobraz naszego świata. Te przeszkody to:

Nie brak materiału ani brak rąk lecz **pieniądz i głupota**.

Możliwe, ze tylko głupota. Gdyż przekładanie pieniądza nad realne dobro życia, nad dobro ciała i ducha, to również głupota.

Przegląd piśmiennictwa.

Profilaktyka u dzieci przedwcześnie urodzonych.

Prof. F. Thoenes.

Bulletin Trimestriel vol IV. Nr. 16 1937 r.

Śmiertelność dzieci przedwcześnie urodzonych waha się między 16% i 60%. Zważywszy, że między żyjącymi znajduje się pewna część dzieci nie rozwijających się później na pełnowartościowych ludzi, musimy uznać, że: profilaktyka przedwczesnego porodu jest ważniejsza niż profilaktyka u przedwcześnie urodzonych.

To zagadnienie dotyczy dziedziny zadań ginekologów, którzy powinni się zająć sprawą zapobiegania przedwczesnym porodom a przede wszystkim wyjaśnieniem przyczyn takich porodów. W 50% nie znamy przyczyny. Jak długo to zagadnienie nie będzie należycie wyjaśnione, nie można myśleć o profilaktyce przedwczesnych porodów i pediatrzy będą się musieli zajmować profilaktyką u przedwcześnie urodzonych.

Według zestawień klinicznych umierają dzieci przedwcześnie urodzone głównie na infekcje organów oddechowych i zaburzenia trawienne. Obok tego występują porodowe uszkodzenia mózgu i tak zwana słabość życiowa.

Porodowe uszkodzenia mózgowe przedwcześnie urodzonych stawiają pediatrę przed faktem dokonanym, gdzie środkami tarapeutycznymi niewiele można zmienić. Profilaktykę mógłby najwyżej zastosować akuszer, lecz i ten nie zawsze jest obecny przy przedwczesnym porodzie, który następuje nagle.

Czwarta część dzieci przedwcześnie urodzonych umiera na „słabość życiową" przez którą rozumiemy zahamowanie życiowo ważnych funkcji organicznych (np. oddychanie, krążenie krwi, regulowanie ciepła) powodujących bezpośrednio śmierć. Nie znamy jeszcze czynników zachodzących w przemianie materii niedojrzałego płodu, które sprawiają to zahamowanie. Niegotowość organów możemy postawić tylko jako ostatnią przyczynę.

„Słabość życiowa" jest najlepszym określeniem przy dzisiejszym poziomie wiedzy tego stanu. Z tym wiąże się ściśle zagadnienie możliwości i korzyści profilaktyki tej „słabości życiowej"; poznajemy, że nie posiadamy bezpośrednich środków zapobieżenia jej, ani jej śmiertelnym skutkom. Wszystkie nasze środki mogą tylko pośrednio zapobiec idącemu w parze ze „słabością życiową" zahamowaniu krwioobiegu, oddychania czy regulacji ciepła.

Nie ulega wątpliwości, że środkami będącymi w dyspozycji pediatry udaje się niejedno przedwcześnie urodzone dziecko wyrwać śmierci na skutek „słabości życiowej". Ale pozostanie duży odsetek gdzie te wszystkie środki nie wystarczają. Zachodzi pytanie, czy z punktu widzenia eugeniki mamy tego żałować i czy mamy potęgować nasze wysiłki w kierunku utrzymania przy życiu tych „życiowo słabych"? Ważniejsze jest chyba skoncentrowanie energii na tych przedwcześnie urodzonych, którzy wykazują zdolność dobrego rozwoju. Ale i wówczas służą nasze wysiłki koniec końcem zwalczaniu „słabości życiowej", gdyż wszystkie

dzieci przedwcześnie urodzone muszą w pewnym stopniu być uznane za „życiowo słabe", a zaburzenia w ich późniejszym rozwoju za wynik tej „słabości".

Droga do zapobiegania tym zaburzeniom idzie przede wszystkim przez odżywianie. Dlatego należy odrzucić wszelkie próby sztucznego odżywiania przedwcześnie urodzonych. Do 3 — 4 tygodnia należy stosować jedynie mleko kobiece jako dające odporność na infekcję świata otaczającego. Ważna jest ilość dostarczanego pokarmu. Niebezpieczeństwo niedostatecznej ilości pokarmu jest zwykle mniejsze niż przekarmienie. Nie ma norm ustalonych, przeto najlepiej wyjść z minimum i powoli stopniować.

Najlepsza odporność ogólna nie zdoła uchronić dziecka przedwcześnie urodzonego od chorób organów oddechowych (Rhinitis, pharyngitis, bronchitis) i ich następstw (pneumona) jeśli przez otoczenie nie jest strzeżone przed infekcją. Jest to obok profilaktyki przez naturalne odżywianie, najważniejsza profilaktyka u przedwcześnie urodzonych. Należy więc urządzać jedno lub najwyżej dwu łóżkowe pokoje dla noworodków, przestrzegać zakazu odwiedzania dziecka przez rodzinę i przede wszystkim odpowiedniego zachowania się personelu klinicznego (maski ochronne na usta). W tym wypadku sumienność gra rolę najważniejszą. Co się tyczy regulacji ciepła, to w tym względzie robili ostatnio doświadczenia Blackfan i Yaglon z Bostonu, trzymając dzieci w temperaturze 24—37^0 Celsjusza przy wilgotności 65%, przy odpowiednich wentylatorach i regulatorach.

Wyniki są zadawalające, a duża wilgotność ma nie tylko chronić organy od infekcji, lecz regulować temperaturę.

Niebezpieczeństwo infekcji u dzieci przedwcześnie urodzonych spotęgowane jest bezwątpienia jego anemią. Stosowane dotychczas metody (żelazo, soki owocowe, ostatnio witamina C) okazały się bezskuteczne.

Od dawna stosowano profilaktykę przeciw rachityzmowi szczególnie rozpowszechnionemu u przedwcześnie urodzonych. Mamy tu do czynienia z wrodzoną dyspozycją, której najczęściej zwalczyć niepodobna. Możemy tylko stwierdzić, że naświetlona Ergosteryną jak również naświetlanie ultrafioletowymi promieniami dają dobre rezultaty.

Warunki społeczno-gospodarcze jako czynniki przyrostu naturalnego w Jugosławii.

Office International d'Higiene Publique Nr. 2 1938

Zagadnienie dziecka pozostaje w ścisłym związku ze stopą życiową mas pracujących w miastach. Opieka nad dzieckiem, traktowana z pominięciem tej sprawy jest tylko półśrodkiem, nie przynoszącym pożytku społecznego. Oto wnioski z badań warunków życia dziecka w miastach Jugosławii:

Przyczyny wzrostu liczby poronień, wydawania na świat zdegenerowanych dzieci i wzrost umieralności niemowląt w pierwszym roku życia, tkwią w stopie życiowej ludności. Jakie stąd są straty społeczeństwa— mówią wyniki liczbowe badań. Stosunek martwych noworodków w miasteczkach jugosłowiańskich wynosi 8, w miastach wzrasta do 43 i nawet dochodzi do 78 na 1.000 (u dzieci nieślubnych). Smiertelność kobiet podczas połogu wzrąsta. Na 33.920 kobiet zmarłych w wieku lat 16 — 61 w r. 1934 było zdolnych do macierzyństwa (biologicznie biorąc) 24.334 w wieku lat 18 — 50. Z tego 2.218, czyli 9,11% zmarło w czasie połogu.

Nędza społeczna i gospodarcza obniżyła również płodność kobiet. Wskaźnik płodności kobiet zamężnych w miastach Belgrad, Zemun i Panchevo wynosił 10,4%. a w r. 1936 w Belgradzie spadł do 7,67%, czyli do poziomu $2^1/_2$ razy niższego od średniej płodności wszystkich zamężnych kobiet w Jugosławii. Wskaźnik płodności kobiet zdolnych do macierzyństwa wynosi dla całej Jugosławii 13,23%; podczas gdy w Belgradzie, Zemunie i Panchevo wskaźnik ten stanowi tylko 5,48%.

Warunki gospodarcze i społeczne mas pracujących w miastach znalazły swe ujemne odbicie także i we wskaźniku urodzeń. Wraz z pogłębieniem się nędzy zaczął on gwałtownie spadać. W wielu okręgach przyrost naturalny tak się obniżył, że staje się to niepokojącym. Ponad 29% rodzin w miastach jest bezdzietnych i odsetek ten wzrasta nieustannie.

Zwiększa się coraz bardziej nie tylko liczba rodzin bezdzietnych, lecz także i rodzin o małej liczbie dzieci. W miastach wielkich i małych porody stają się coraz rzadsze i przyrost naturalny znacznie spadł poniżej przeciętnego przyrostu w państwie. Zjawisko to jest szczególnie ciekawe z uwagi na wzrost liczby małżeństw. Do całości tych zjawisk przyłącza się znaczne obniżenie płodności rodzin. Uwarunkowane ono jest nietyle przyczynami biologicznymi, ile raczej przyczynami natury ekonomicznej i społecznej. Badanie stosunku, jaki zachodzi między stanem społecznym (zawód) rodziców i nasileniem urodzeń w miastach doprowadza do następujących stwierdzeń: rodzina robotnika wykwalifikowanego lub niewykwalifikowanego ma przeciętnie 4,5% dziecka, rodzina rzemieślnicza oraz rodzina drobnego kupca 2,9, rodzina urzędnika — 2,1; rodzina przemysłowca, rentiera, bankiera i t. d. ma przeciętnie 1,3 dziecka. 79,6% dzieci urodzonych w Belgradzie w r. 1935 należy do rodzin ludzi słabych gospodarczo i tylko 6,06% należy do ludzi zamożnych (kupcy, rentierzy, właściciele nieruchomości i przemysłowcy).

Na 100 urodzeń w r. 1936/94 dzieci należy do grup społecznych słabych gospodarczo. Po większej części są to mieszkańcy dzielnic ubogich i przeludnionych.

Troska więc o przyrost naturalny, winna wyrazić się w trosce o stopę życiową ludności

„Medycyna i Przyroda" Nr. 2, 1938.

Dr Irena Manowska Gcćkowska. „O konieczności przeprowadzania badań lekarskich osób pracujących przy dzieciach".

Warunki życia doby obecnej, zmuszające kobietę - matkę do pracy zarobkowej stworzyły konieczność poszukiwania godnych zaufania pielęgniarek i wychowawczyń.

Większość matek kieruje się przy wyborze ich li tylko oceną świadectw oraz referencji. Tymczasem należy dużą uwagę zwrócić na stan ich zdrowia.

W każdym wypadku przyjmowania nowej wychowawczyni do swego dziecka, wymagać powinno się od niej zaświadczenia lekarskiego. Ale nawet osoby już pracujące pewien czas i cieszące się zaufaniem pracodawczyni, powinny poddawać się okresowym badaniom lekarzy. Winne one zgłaszać się do pracy z zaświadczeniem lekarskim, sporządzonym jednak w sposób nie kolidujący z prawem o zachowaniu tajemnicy lekarskiej. Więc np. kwalifikacja w postaci: zdolna do pracy przy dzieciach, ew. niemowlęciu. Ideałem byłoby stworzenie kart zdrowia pacjentek kontrolowanych, by lekarz mógł orientować się w całości przeprowadzanych badań. Karty owe powinnyby oczywiście stanowić własność badanej osoby, a to aby nie przekroczyć prawa tajemnicy lekarskiej.

Zrozumiałym jest, że do pracodawczyń trafiać będą tylko orzeczenia pozytywne, co pozwoli na ułatwienie leczenia się chorym bez zdradzenia się z tym przed otoczeniem. Z drugiej zaś strony uchroni zastępy dzieci od niebezpieczeństwa zakażenia się.

Jak widzimy jest to zagadnienie ważne. I to nie tylko w odniesieniu do dzieci zamożniejszych matek pracujących. Trzebaby pomyśleć nad tą sprawą również w odniesieniu do personelu oraz wychowawczyń dziecińców i żłobków.

Kronika

KRAJOWA

Minister Kościałkowski o programie opieki.

W czasie pobytu w Wilnie Minister Opieki Społecznej wygłosił interesujące przemówienie o programie opieki społecznej, które tu w streszczeniu podajemy.

— Każdy, kto styka się z zagadnieniami opieki społecznej w życiu Polski, stwierdzić musi ogromną niewspółmierność środków w stosunku do narastających stale potrzeb. Trzeba sobie jasno uświadomić, że Polska jest jeszcze za biedna na to, aby się mogła należycie zaopiekować wszystkimi, którzy pomocy potrzebują. W tej sytuacji minister opieki społecznej, musi ustalić hierarchię potrzeb, które mają być zaspokojone. Tworząc program pracy na odcinku opieki społecznej na czoło jej zadań postawiłem sprawę należytej opieki nad młodym pokoleniem w Polsce i na realizację tych zadań nastawiłem aparat ministerstwa i wszystkich podległych mi instytucji.

Dążeniem moim jest, aby akcja opieki nad dzieckiem i młodzieżą odpowiadała trzem kardynalnym zasadom: powszechności, celowości i ciągłości. Zasady powszechności nie potrzebuję szerzej uzasadniać, gdyż jest ona zrozumiałą dla każdego. Przejdę więc do omówienia dwóch pozostałych. Jeżdżąc po kraju i wizytując szereg placówek opiekuńczych miałem niejednokrotnie możność stwierdzić, jak szkodliwym zjawiskiem jest dorywczość, fragmentaryczność opieki nad dzieckiem, jak fatalne daje ona wyniki. Np. niejednokrotnie spotykałem dzieci zabiedzone i zahukane kierowane na krótki okres do internatu czy kolonii, które następnie wracały do poprzednich warunków nędzy i choroby, by stracić w krótkim czasie wszystko, co w dziedzinie fizycznej i moralnej, zyskały pod opieką instytucji opiekuńczych. Jeżeli środki są tak małe w stosunku do potrzeb, to tym oszczędniej gospodarować musimy, tym mniej marnotrawić wysiłków. Dlatego też wysunęłem zasadę ciągłości by powiązać poszczególne odcinki i etapy stałą troską o dziecko, by dziecko to nigdy nie znikało z oczu swych opiekunów i nie ginęło w tłumie. Musimy dać Polsce młode pokolenie pełnowartościowe tak pod względem zdrowia i sił, jak i wartości moralnych. I w ten sposób również trzeba rozumieć trzecią zasadę naszej pracy, zasadę jej celowości.

Aby rozstrzelone siły społeczne skoordynować i rozdrobnione środki skoncentrować dla pracy bardziej celowej i planowej — powołałem przed dwoma laty Komitety Pomocy Dzieciom i Młodzieży, które gęstą siecią pokryły całe Państwo. W ten sposób zorganizowanej akcji oddałem do dyspozycji wszelkie możliwe środki finansowe, które udało mi się

zmobilizować. Są to fundusze zarówno Min. Op. Społ., jak i Zakładów Ubezpieczeń Społecznych, Funduszu Pracy i Pomocy Zimowej.

Dążeniem naszym jest, by w nadchodzącym okresie akcja dożywiania objęła 900 tys. dzieci.

Projektujemy objęcie akcją kolonijną w roku 1939 — 640 tys., w roku 1940 — 700 tys., w roku 1941 — 900 tys. i w roku 1942 — jednego miliona dzieci i młodzieży to znaczy nawet więcej niż ich obecnie dożywiamy.

Coraz bardziej rozwija się akcja higieniczno-lekarska w postaci bezpłatnych poradni, lotnych stacji pomocy lekarskiej i dentystycznej, rozdawnictwa mydła, która w roku bieżącym obejmuje kilkaset tysięcy dzieci.

Na jedno jeszcze chciałbym zwrócić specjalną uwagę. Oto opieka nad dzieckiem wkracza, coraz szerzej na wieś. Dziecko wiejskie, przebywające niejednokrotnie w tak ciężkich warunkach, ma pełne prawo domagać się od społeczeństwa pomocy i opieki, wczasów i radości. Naszym nieustannym i konsekwentnym dążeniem winno być stałe rozszerzanie tej pomocy.

Rozszerzamy tam akcję rozdawnictwa tranu, ciepłej odzieży a zwłaszcza obuwia. Akcje opieki higieniczno-lekarskiej pomyślane są również pod kątem potrzeb dziecka wiejskiego. W ciągu ostatnich lat znacznie wzrosła na wsi liczba Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem. Jest ich już w okręgach wiejskich 168, co stanowi blisko 30 proc. wszystkich stacji w Polsce.

Na zakończenie chcę słów kilka powiedzieć o Pomocy Zimowej. Nie jest to dygresja, jeśli się zważy, że jedna trzecia wpływów z tego źródła idzie właśnie na pomoc dzieciom. Od wyników tej akcji w roku bieżącym w dużej mierze zależeć będą możliwości przyjścia z pomocą dziecku i młodzieży. —

Resort opieki społecznej pokrzywdzony.

Preliminarz budżetowy złożony został już do laski marszałkowskiej. Po stronie wydatków przewidziano kwotę 2.523.141.780 zł., po stronie dochodów 2.523.173.795 zł. Dochody przewyższają zatem wydatki o 32.015 zł. W porównaniu z budżetem roku poprzedniego preliminarz obecny jest wyższy o 48 mil. zł.

Budżet min opieki społecznej w wydatkach zwyżkuje minimalnie, zaledwie o 600 tys zł., z czego na urzędy inspekcji pracy przypada zaledwie 185 tys. zł. Minimalne również kwoty przypadają na zwyżkę świadczeń socjalnych zdrowia. Obecna sytuacja ludności nakazywałaby zwiększenie wydatków tego resortu.

Skoro więc stało się możliwym podwyższenie o 48 milionów preliminarza budżetowego państwa, to w pierwszym rzędzie należało pomyśleć o złagodzeniu cierpień wyczerpanej ludności niezamożnej.

Ziemie wschodnie potrzebują lekarzy!

Na początku nowego roku szkolnego, PMS. zwołała pierwsze zebranie opiekunów szkół kresowych, chcąc podzielić się wspólnymi trokami i osiągnięciami i aby w toku rozmów ustalić, co szkołom potrzeba i jak zdobyć fundusze na te potrzeby.

— Każda szkoła kresowa potrzebuje przynajmniej dwa razy do roku wizytacji lekarza — mówi jedna z młodych medyczek, która w tym roku pracowała na obozie Koła Medyków na Wileńszczyźnie. Bo też dowiadujemy się rzeczy strasznych: dzieci są zawszone, pogryzione przez

robactwo, brudne, zdziesiątkowane przez gruźlicę i dręczone jaglicą. Koniecznie musi być wysyłany tam, przynajmniej dwa razy do roku, lekarz! Gorącą dyskusję na ten temat zamknięto wnioskiem utworzenia komisji sanitarnej przy wydziale opieki PMS, któraby współpracowała z gminami i spółdzielniami zdrowia na Wileńszczyźnie, Polesiu i Wołyniu.

Żołnierze Korpusu Ochrony Pogranicza troszczą się o dzieci

W dalszym ciągu nasze wojsko z niesłabnącą ofiarnością rozwija opiekę nad szkołami i biedną dziatwą na wschodnich rubieżach Rzeczypospolitej. Piękna uroczystość świadcząca o zbrataniu wojska ze społeczeństwem odbyła się we wsi Miereckie, gm. głębockiej, gdzie żołnierze K. O. P. byli podejmowani przez dziatwę miejscowej szkoły powszechnej. Mili goście hojnie obdarzyli dziatwę, która dostała w tym dniu w prezencie na gwiazdkę dużo ubrań, obuwia, książek, łakoci itp. W bieżącym roku szkolnym już kilka sąsiednich szkół wiejskich otrzymało w darze od żołnierzy bogate pomoce naukowe.

Opieka społeczna na Zaolziu*)

Bardzo wielką rolę w uświadomieniu narodowym oraz zachowaniu polskości na Zaolziu w okresie zaboru czeskiego spełniła polska opieka społeczna, szczególnie opieka nad dziećmi i młodzieżą.

Na Zaolziu działała Polska Opieka Społeczna oraz Polska Krajowa Rodzina Opiekuńcza w Orłowej, która pracowała przy pomocy powołanych do tego Rodzin Opiekuńczych okręgu frysztackiego i zachodniocieszyńskiego, oraz 83 gminnych rodzin opiekuńczych na odcinku młodzieżowym.

O pracy tej instytucji daje obraz m. in. obrót kasowy w r. 1937, który wynosił 3 miliony K. cz. Rodzina Opiekuńcza zajmowała się opieką nad sierocińcami, nadto wykonywała ona opiekę przy pomocy opiekunów doradczych.

Na Zaolziu istnieją 3 polskie sierocińce: jeden Rodziny Opiekuńczej w Orłowej (60 dzieci), drugi sierociniec (Związku Niewiast Ewangelickich w Trzyńcu (25 dzieci) i trzeci mieszczący się przy domu starców w Ligotce Kameralnej (12 dzieci). Ponadto Rodzina Opiekuńcza zajmowała się dostarczaniem ubogiej dziatwie odzieży i obuwia, którą rozdawano z okazji gwiazdki (1937 r. za 400 tys. K. cz.). Poza tym prowadzono akcję dożywiania dzieci.

W r. 1937 była silnie rozwinięta akcja dożywiania dzieci, a samych polewek (zup) wydano 200 tysięcy. Urządzano kolonie letnie, z których w roku 1938 korzystało 340 dzieci. Zainicjowano wysyłkę dzieci do kąpieli i sanatoriów dla poratowania ich nadwątlonego zdrowia. W celach ochronnych przed zaraźliwymi chorobami stosowano szczepionki. Ze szczepionki przeciwdyfterytowej korzystało np. około 2000 dzieci. Sekcja ochrony zębów zanotowała w 1937 r. 1.500 zaplombowań. Sekcja ochrony wzroku rozwinęła swą działalność w kierunku leczenia oczu i dostarczania szkieł.

Ponadto udzielono zapomóg opuszczonym matkom. Rodzina Opiekuńcza posiada w Orłowej „Dom Polskiej Opieki Społecznej“, wybudowany kosztem 600 tys. K. cz.

*) Podajemy za „Polonią”.

Powiatowe Rodziny Opiekuńcze zamienione zostaną obecnie na Powiatowe Komitety Pomocy Dzieciom i Młodzieży. Krajowa Rodzina Opiekuńcza prowadzić będzie nadal opiekę i nadzór na sierocińcami oraz nad chorym dzieckiem i matką. Wreszcie utrzymywana będzie nadal poradnia dla matek. Krajowa Rodzina Opieki zamierza nabyć na własność „Dom Zdrowia" w Ligotce Kameralnej od Towarzystwa „Czeskie Serce".

Wkońcu zaznaczyć należy, że Rodzina Opiekuńcza zastępowała na Zaolziu Rady Rodzicielskie i posiada dzięki swej działalności w dziedzinie opieki społecznej i pedagogicznej wielkie zasługi, uchroniła bowiem tysiace naszej młodzieży przed wynarodowieniem. Jest to jedno z wielu towarzystw polskich na Zaolziu, któremu mamy do zawdzięczenia, że polskość utrwaliła się w sercach naszych rodaków a szczególnie młodzieży i, że wreszcie ta prastara ziemia polska wróciła do Macierzy.

Aby ulżyć niedoli epileptyków

Zarząd stowarzyszenia pod nazwą: „Przytułek św. Jana Vianeya dla Epileptyków, Sierot i Dzieci Upośledzonych", znajdującego się pod protektoratem J. Em. Ks. Kardynała Aleksandra Kakowskiego wobec przepełnienia zakładu w Brwinowie pod Warszawą, postanowił przystąpić do budowy tej jedynej w swoim rodzaju w Polsce instytucji. Przytułek jest jednocześnie i sanatorium i zakładem wychowawczym.

Los epileptyków jest godzien najwyższej litości. Niestety w społeczeństwie naszym nie posiada jeszcze pełnego zrozumienia. Konieczność rozbudowania „Brwinowa" jest bardzo pilna, ponieważ zakład musi stale odmawiać prośbom o przyjęcie chorych na epilepsję.

Aby uzyskać środki na rozbudowę zakładu w Brwinowie, zarząd stowarzyszenia odwołuje się do ofiarności publicznej i prosi i nabywanie cegiełek wartości 1 do 5 zł.

Łaska urzędów czy obowiązek publiczny?

Prasa podała w ostatnich dniach taki obrazek, realnie obrazujący brak zrozumienia dla potrzeb dzieci na Wileńszczyźnie.

Kierownictwo publ. szkół powsz. na terenie Kuratorium Okr. Szk. Wil. otzymało ostatnio pismo z gminy nast. treści:

„Powiatowy Komitet Pomocy Dzieciom i Młodzieży w... (nazwa powiatowego miasta) pismem z dn.... r.b. powiadomił, że przyznana została subwencja na zakup obuwia najbiedniejszym dzieciom w sumie..., w związku z tym na tamt. szkołę przypadnie 5 zł. (pięć).

Ponieważ suma ta nie wystarczy na zakup jednej pary obuwia, zachodzi więc konieczność wezwania rodziców jednego z dzieci tamt. szkoły, proponując dopłacenie 5 zł. gdyż jedna para obuwia kosztuje 10 zł.

Nazwisko i imię dziecka oraz imię ojca i rozmiar nogi proszę nadesłać w terminie naikrótszym.

(—) Wójt Gminy.

Jak załatwiały kierownictwa szkół takie pisma nie wiadomo. Podobno w pewnej szkole w związkn z tym listem — powiada Dziennik Bydgoski — urządzono wśród rodziców składkę na drugi but. Po skompletowaniu całej pary, butów tych kolejno używały bose dzieci. W ten spsób buty te stały się butami wędrownymi.

ZAGRANICZNA.

Prawne regulowanie przerywania ciąży w różnych krajach

Ogółem mogą istnieć cztery zasadnicze grupy wskazań do przerywania ciąży: 1) wskazania lekarskie, o ile ciąża i poród zagrażają życiu i zdrowiu kobiety, 2) eugeniczne — dla zapobiegania wydaniu na świat niepożądanego (zwyrodniałego, chorego itp.) potomstwa, 3) społeczne — dla zmniejszenia nędzy, ew. umożliwienia lepszego wychowania dzieci rodzinom już obarczonym licznym potomstwem, 4) prawnicze lub etyczne — mające na celu usunięcie skutków wykroczeń przeciw moralności publicznej.

Rozmaite kraje przyjmują w swych ustawach te lub inne wskazania.

P r a w o p o l s k i e (prawo karne z dn. 11 lipca 1932 r.) zezwala na przerywanie ciąży ze wskazań lekarskich oraz etycznych, i to za wyraźną zgodą kobiety ciężarnej, przy czym zabieg musi być dokonany przez lekarza.

P r a w o n i e m i e c k i e przewiduje przerywanie ciąży ze wskazań lekarskich i eugenicznych . Wskazania eugeniczne dotyczą kobiet dziedzicznie obciążonych, przy czym dla dokonania zabiegu konieczne jest zezwolenie samej kobiety lub też — o ile kobieta tego nie rozumie — jej prawnego zastępcy lub opiekuna; przerwania ciąży dokonywa się w takich wypadkach wraz z obezpłodnieniem (sterylizacją). Niemcy wyłączają wskazania społeczne i prawnicze.

P r a w o r u m u ń s k i e zezwala na przerywanie ciąży ze względów lekarskich oraz eugenicznych (gdy ojciec lub matka są chorzy umysłowo).

P r a w o ł o t e w s k i e przewiduje przerywanie ciąży z powodów lekarskich, prawnych i eugenicznych — za zgodą kobiety ciężarnej lub jej opiekuna. Do wskazań eugenicznych należą: ciężkie choroby umysłowe lub upośledzenia fizyczne oraz kiła w okresie zaraźliwości.

P r a w o e s t o ń s k i e upoważnia lekarza do przerywania ciąży jedynie ze względów eugenicznych (ciężkie choroby umysłowe, padaczka itp.); przerwania ciąży można dokonać wbrew woli kobiety.

W R o s j i s o w i e c k i e j początkowo wolno było każdej kobiecie spędzać płód. Wkrótce jednak zabroniono dokonywania tego zabiegu osobom niefachowym, jednocześnie przeznaczono na cel spędzania płodu pewną liczbę łóżek w szpitalach. Następnie w myśl ustawy z r. 1920 zabroniono przerywania ciąży, zezwalając na ten zabieg jedynie ze względów lekarskich oraz eugenicznych (ciężkie dziedziczne choroby rodziców)— i to tylko w szpitalach i klinikach położniczych.

P r a w o s z w a j c a r s k i e zezwala na przerywanie ciąży jedynie ze względów lekarskich. Podobne pod tym względem jest p r a w o w ł o s k i e, które poza tym uważa za okoliczność łagodzącą przy wydawaniu kary za spędzenie płodu — ratowanie honoru kobiety ciężarnej. Także I s l a n d i a przewiduje jedynie wskazania lekarskie do przerywania ciąży, zezwalając jednak — w b. wyjątkowych okolicznościach — na przerywanie ciąży z i przyczyn materialnych.

Według projektu prawa, regulującego przerywanie ciąży w S z w e c j i spędzanie płodu dozwolone jest ze względów eugenicznych (groźba schorzenia fizycznego lub umysłowego dziecka), społecznych (nędza matki w razie urodzenia dziecka) oraz etycznych. Ostatnio na podstawie projektu prawa szwedzkiego opracowuje projekt odnośnej ustawy również D a n i a.

Szwecja

Pomoc dla matek

Z początkiem 1938 r. wyszło nowe prawo na mocy którego każda Szwedka może liczyć na pomoc państwową przy rodzeniu dzieci. Wszystkie kobiety, których własne lub męża dochody nie przekraczają 3.000 koron (a takich jest 0,9) otrzymują przy porodzie 75 koron. Poza tym przysługuje każdej kobiecie oczekującej dziecka — zamężnej i niezamężnej — prawo do bezprocentowej pożyczki w wysokości 300 koron w naturze lub gotówce. W tym wypadku wysokość dochodów nie odgrywa żadnej roli. Do wykonania tych nowych uchwał powołano 31 urzędów pomocy dla matek. Kierownikami ich są, z wyjątkiem 6, mężczyźni.

Oprócz tego są następujące ulepszenia: dodatek dla wdów posiadających nieletnie dzieci; wsparcia dla dzieci nieślubnych lub dzieci rozwódek o ile ojciec uchyla się od ich utrzymywania; subsydia państwowe dla ochronek zależnych dotychczas od prywatnych lub miejskich składek.

Dzięki temu prawu pomocy dla matek kroczy Szwecja na czele państw skandynawskich. W Danii mogą otrzymać matki przy porodzie tylko 50 koron zapomogi przez Kasę Chorych. W Norwegii pracuje się nad rozszerzeniem statutu kasy chorych. Najbliżej Szwecji stoi Finlandia, posiadająca dobrze zorganizowaną pomoc dla matek i udzielająca ciężarnym kobietom dużych wsparć.

Anglia.

Rada podniesienia tężyzny narodowej

W związku z akcją mającą na celu podniesienie tężyzny narodowej w Anglii kładzie się duży nacisk na rozwój w tym zakresie wysiłków indywidualnych i stworzenie lepszych warunków dla istniejących już organizacji. Następujące organizacje, przede wszystkim organizacje młodzieżowe, otrzymać mają subsydia: Związek Skautów, Narodowy Związek Klubów Chłopięcych. Narodowa Federacja Stowarzyszeń Kobiecych, Y. M. C. A., Y. W. C. A., Narodowa Rada Klubów Dziewczęcych. Subsydia te mają na celu organizowanie wychowania fizycznego i wczasów, dostarczenie tym instytucjom doświadczonych instruktorów. Również udzielono subsydiów trzem Narodowym Organizacjom specjalnie wymienionym w akcie dotyczącym wychowania fizycznego, mianowicie Centralnej Radzie Wczasów, Narodowej Organizacji Boisk i Narodowej Radzie Pomocy Społecznej, która ma współpracować przy organizacji wczasów. Rozważane są plany poparcia poszczególnych form wychowania fizycznego jak atletyki, kolarstwa, tańców ludowych itp.

Ośrodki wczasów

Rada hrabstwa londyńskiego, prowadząca systematyczną akcję w kierunku zorganizowania racjonalnych wczasów dla młodzieży poza lekcjami, postanowiła uruchomić 80 ośrodków gier pod kierunkiem instruktorów na boiskach kilkudziesięciu szkół powszechnych w najludniejszych dzielnicach Londynu. Ta akcja zainicjowana w r. 1935 rozwija się coraz skuteczniej i obecnie nie ulega już przerwie — jak to było dawniej — nawet w czasie feryj letnich.

Obrona przeciwlotnicza w szkołach Angielskich

W związku z obroną przeciwlotniczą w szkołach angielskich wysuwane są różne projekty. Rada Hrabstwa Londynu proponuje natychmiastowe zamknięcie szkół w razie niebezpieczeństwa i ewakuację dzieci wraz z ludnością cywilną, otwarcie zaś szkół możliwe jak najszybciej.

Londyńczycy nauczyciele twierdzą, że ewakuacja dzieci powinna odbyć się niezależnie od ewakuacji ludności cywilnej, każda szkoła powinna być traktowana jako oddzielna całość łącznie z personelem, tak by nauka dzieci nie ucierpiała zbytnio wskutek ewakuacji.

Szwajcaria.

Szkoła dla matek

Od 2½ lat istnieje w Elfenau pod Bernem szkoła, w której prowadzone są kursy pielęgniarstwa niemowląt. Szkoła ta nie otrzymuje żadnego subsydium i musi się sama utrzymać. Tym się tłumaczy wysokość opłat (200 fr. szwajc. za 2 miesięczny całodzienny kurs, 60 fr. sz. za półdniowy). To też uczestniczki są prawie wyłącznie ze sfer średnio zamożnych. Należy tu wyjaśnić, że ludność mniej zamożna posiada w Bernie wzorowo urządzoną opiekę nad niemowlęciem, poradnię dla matek i kursy.

Większość uczestniczek kursów w Elfenau pochodzi z Berna, ale $^1/_3$ jest z prowincji.

Dotychczas odbyło się 14 kursów dwumiesięcznych z 107 uczestniczkami. Kursy odbywają się w grupach po 8 osób.

Uczennice nie uczą się na lalkach lecz na żywych dzieciach, branych z sąsiedniego zakładu dla niemowląt. Szkoła ma za zadanie nie tylko nauczanie kąpania, przewijania itd. lecz kształcenia uczennic na wychowawczynie.

W planie nauki uwzględnione są zagadnienia pedagogiczne i psychologiczne dość obszernie.

Więc, obok higieny ciąży, wiele teoretycznych wykładów poświęconych cielesnemu i duchowemu rozwojowi niemowlęcia. W zakresie tych teoretycznych wykładów wiele godzin poświęca się omówieniu zagadnień wychowawczych. Przy tym słuchaczki stawiają pytania, dyskutują. Krótka nauka w szkole ma być przede wszystkim drogowskazem w dalszej samodzielnej pracy. Słuchaczki pojmują, że wychowanie dzieci jest zagadnieniem i zadaniem wymagającyn doświadczenia i wychowania samego siebie. Praktycznie muszą się uczennice uczyć wszystkiego co jest potrzebne dziecku w pierwszych latach życia, więc: przewijania, prania pieluszek, przyrządzania pokarmów, robót na drutach, robienia zabawek itp.

Spojrzawszy na dorobek szkoły możemy stwierdzić, że przeszło przez nią wiele kobiet, które potrafiły potem sprostać trudnym zadaniom wychowania fizycznego i moralnego, do czego wprzódy nie były przygotowane.

Należy zaznaczyć, że próby tego rodzaju kursów stosuje w Warszawie Dom Boduena.